

## Ευρώπη της υγείας: πραγματικότητα και επιδίωξη

Θάνος Κ. Διαμαντόπουλος\*

Στα γεγονότα και στη διεθνή βιβλιογραφία έχει ήδη αποτυπωθεί με ευκρίνεια η ύπαρξη μιας εκτεταμένης παρέμβασης των ευρωκοινωνικών οργάνων στην υγεία, που ορισμένοι ονομάζουν «Ευρώπη της Υγείας» ή «Κοινοτική Ευρώπη της Υγείας»<sup>1</sup>. Ωστόσο Ευρώπη της Υγείας δεν μπορεί να είναι μόνο η Κοινοτική Ευρώπη της Υγείας και αυτή με τη σειρά της δεν μπορεί να περιορίζεται μόνο στις πρωτοβουλίες και τη δράση των ευρωκοινωνικών οργάνων. Οι δύο αυτοί όροι ετυμολογικά, αλλά και ιστορικά όπως θα δούμε, παραπέμπουν σε μια έννοια και ένα συνολικότερο όραμα σύνδεσης και σύνθεσης των υποθέσεων της ευρωπαϊκής ενοποίησης και της προστασίας της δημόσιας υγείας. Άραγε όμως το παλιό αυτό όραμα έχει γίνει επιτέλους πραγματικότητα; Η εντωπωσιακή κινητικότητα που παρατηρείται στην πολιτική και υγειονομική σκηνή τα τελευταία 5-6 χρόνια γύρω από την Ευρώπη της Υγείας και που προοιωνίζει εξελίξεις, όχι μόνο θέτει στην ημερήσια διάταξη το ερώτημα αυτό αλλά και καθιστά περισσότερο από ποτέ αναγκαίο τον προσδιορισμό των σημερινών δεδομένων της Ευρώπης της Υγείας και των μηνυμάτων που εμπεριέχουν.

Ο Τομέας της Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης από το 1987 έχει ανταποκριθεί σ' αυτή την αναγκαιότητα, πολύ περισσότερο που έχει συνειδητοποιήσει πως οι ερευνητικές του δραστηριότητες αποτελούν μια χαρακτηριστική συντομογραφία της Ευρώπης της Υγείας: Χρηματοδοτημένες από τις Ευρωπαϊ-

---

\* Δρ. Πολιτικής Κοινωνιολογίας.

κές Κοινότητες στο μεγαλύτερο μέρος τους, επικαλούνται και προωθούν ταυτόχρονα ευρείες διευρωπαϊκές συνεργασίες και συγκλίσεις.

Σε αυτές τις βάσεις έχει αναληφθεί στο Τμήμα Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου αναπτυξιακού/ερευνητικού προγράμματος για την πρωτοβάθμια φροντίδα, μια προσπάθεια συστηματικής μελέτης της ευρωπαϊκής ενοποίησης σε σύνδεση με την προστασία της δημόσιας υγείας, που σε πρώτο στάδιο οδήγησε στη μελέτη της παρέμβασης των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων στην υγεία<sup>2</sup>. Η παρούσα μελέτη αποτελεί τη συνέχεια και επέκταση της ανειλημμένης αυτής προσπάθειας. Ορίζοντας<sup>3</sup> την Ευρώπη της Υγείας ως «μια ιδέα και μια διαδικασία ταυτόχρονα οικοδόμησης ενός ιδιαίτερου ευρωπαϊκού χώρου υγείας, σε όλη τη γεωγραφική έκταση της Ευρώπης και σε δημόσιο και ιδιωτικό επίπεδο, και διαμόρφωσης στο πλαίσιο αυτό μιας κοινής ευρωπαϊκής δράσης στο τομέα της δημόσιας υγείας», η μελέτη επιχειρεί να την προσεγγίσει στη βάση αυτή και να την προσδιορίσει στη συνολική σημερινή της εκδοχή και προοπτική, επαληθεύοντας έτσι και το ακριβές της αρχικής τοποθέτησης.

## 1. Ευρώπη της Υγείας: από το όραμα στην πραγματικότητα;

Όταν γύρω στα 1952/53 το εγχείρημα που αναλήφθηκε, ύστερα από πρωτοβουλία της γαλλικής κυβέρνησης, για την ίδρυση μιας «Ευρωπαϊκής Κοινότητας της Υγείας» απέτυχε άδοξα εν τη γενέσει του, θα μπορούσε κανείς να εκτιμήσει ότι με την αποτυχία αυτή ενταφιαζόταν οριστικά και η Ευρώπη της Υγείας γενικότερα, σαν ιδέα σύνδεσης των υποθέσεων της ευρωπαϊκής ενοποίησης και της προστασίας της υγείας που υποκίνησε τη συγκεκριμένη προσπάθεια έχοντας τότε διπλή αιχμή:

– να προχωρήσει αφενός στην πράξη την εμβρυακή ευρωπαϊκή διαδικασία, επιλέγοντας μέσω της υγείας έναν περισσότερο ανθρωπιστικό δρόμο για την ευρωπαϊκή οικοδόμηση που να συμπληρώνει τον υλιστικό/τεχνοκρατικό της ΕΚΑΧ λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη του και αξίες και μη υλικά αγαθά στη σφυρηλάτηση δεσμών ευρωπαϊκής αλληλεγγύης.

– και να θέσει αφετέρου τις βάσεις, αξιοποιώντας και τη νέα δυναμική που παρουσιάστηκε εκείνη την εποχή με την ίδρυση

και λειτουργία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, ενός πιο ομοιογενούς και γι' αυτό πιο αποτελεσματικού πλαισίου προστασίας της υγείας, σε περιφερειακή βάση<sup>4</sup>.

Μια τόσο απαισιόδοξη εκτίμηση γύρω από τις μελλοντικές πιθανότητες πραγμάτωσης ενός τέτοιου διπλού οράματος δε θα αποδεικνυόταν τελείως λανθασμένη. Και αυτό διότι στα αμέσως επόμενα χρόνια, τα ζητήματα που άπτονται της προστασίας της υγείας δε βρέθηκαν ποτέ (εν αντιθέσει π.χ. με αυτά της οικονομικής ανάπτυξης ή της πολιτικής συνεργασίας) σε φάση πραγματικής σύμπτωσης με τις αναπτυσσόμενες ευρωπαϊκές διεργασίες. Έτσι η υγεία δεν επελέγη ως ένα πεδίο κατάλληλο για τη δρομολόγηση και πραγμάτωση της ευρωπαϊκής ιδέας, π.χ. στα πλαίσια της ευρωκοινοτικής διαδικασίας, ενώ και η Ευρώπη δεν αναγνωρίσθηκε ως βασικό επίπεδο δράσης από τις υγειονομικές της δυνάμεις, που συνέχισαν να κινούνται ανάμεσα στην αυστηρά εθνική και την ευρύτατα διεθνή κλίμακα, όπως κυρίως την εκφράζει η Π.Ο.Υ.

Εν τούτοις τον τελευταίο καιρό γινόμαστε μάρτυρες μιας σχεδόν γενικής κινητικότητας γύρω από την Ευρώπη της Υγείας. Ευρωπαϊκοί οργανισμοί με επικεφαλής τις Ευρωπαϊκές Κοινότητες, επιτελεία κυβερνήσεων και πολιτικών κομμάτων, μη κυβερνητικές οργανώσεις, μέσα μαζικής ενημέρωσης και σημαντική μερίδα της ευρωπαϊκής κοινής γνώμης δείχνουν ζωηρό ενδιαφέρον, συζητούν και προβληματίζονται έντονα για τις σχέσεις ανάμεσα στην ευρωπαϊκή ενοποίηση και την προστασία της δημόσιας υγείας. Ενώ παράλληλα στο χώρο της επιστημονικής σκέψης και τεκμηρίωσης αναπτύσσεται προοδευτικά μια διεθνής βιβλιογραφία που διαφοροποιείται αισθητά από παλιές ή σύγχρονες μελέτες κύρια συγκριτικού χαρακτήρα, στρέφοντας το ενδιαφέρον της σε εκείνα τα δυναμικά φαινόμενα που παραπέμπουν στην ευρωπαϊκή υγειονομική ενοποίηση<sup>5</sup>.

Εάν όλη αυτή η κινητικότητα δείχνει καθαρά ότι το όραμα της Ευρώπης της Υγείας άντεξε μέσα στο χρόνο και μάλιστα έχει βρει σήμερα μια νέα πνοή, άραγε μαζί με αυτή απέκτησε επιτέλους και μια πραγματική υπόσταση; Με άλλα λόγια η Ευρώπη της Υγείας έχει γίνει πλέον πραγματικότητα ή παραμένει ακόμα ένα όραμα, μακρινό και αβέβαιο; Σε αυτό ακριβώς το ερώτημα που γεννιέται, και που θέτει στην ουσία το ζήτημα του προσδιορισμού των σημερινών δεδομένων της Ευρώπης της Υγείας, η παρούσα μελέτη θα προσπαθήσει να δώσει μια όσο το δυνατόν πιο σαφή και πλήρη απάντηση. Παρατηρώντας πρώτα, ότι τα σημερινά δεδομένα της Ευρώπης της Υγείας διαμορφώνονται από τα

μέσα της δεκαετίας του '70 και έπειτα, υπό το βάρος μιας σειράς εξελίξεων που σταδιακά δημιουργούν ένα νέο περιβάλλον που ευνοεί, και δρομολογεί, την ανάπτυξη της Ευρώπης της Υγείας. Βεβαιώνοντας έπειτα, ότι η Ευρώπη της Υγείας σε αυτό το πλαίσιο παρουσιάζεται σήμερα ταυτόχρονα ως πραγματικότητα και ως επιδίωξη. Πραγματικότητα αναμφισβήτητη αλλά ανολοκλήρωτη, οικοδομημένη ως επίπτωση των διαδραματιζόμενων ευρωπαϊκών και υγειονομικών εξελίξεων και επιδίωξη ευρύτερη με διτλό περιεχόμενο: να ολοκληρωθεί αφενός η ευρωπαϊκή ενοποίηση, και να αναπτυχθεί αφετέρου μια κοινή ευρωπαϊκή πολιτική στον τομέα της δημόσιας υγείας. Επισημαίνοντας τέλος, ότι οι προοπτικές περαιτέρω προώθησης της Ευρώπης της Υγείας παρουσιάζονται μοιρασμένες. Τα σημερινά της δεδομένα εγείρουν ελπίδες, αλλά και φόβους και διλήμματα, από τη θετική ή όχι αντιμετώπιση των οποίων θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό εάν τελικά θα δει το φως ένας ενιαίος, ολοκληρωμένος ευρωπαϊκός χώρος ασφάλειας, σταθερότητας, ευημερίας και πάνω από όλα ευζωίας, ως απάντηση στις ιδιαίτερες πολιτικές και υγειονομικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Ευρώπη, πράγμα που αποτελεί και το μεγάλο στοίχημα της όλης εν εξελίξει προσπάθειας.

## 2. Προς την πραγμάτωση του οράματος: η διαμόρφωση ενός νέου, πιο ευνοϊκού, περιβάλλοντος

Η υπόθεση της υγείας έχει αναμφισβήτητα μια διεθνή διάσταση. Από παλιά είναι π.χ. αναγνωρισμένο ότι η ασθένεια δε γνωρίζει σύνορα. Από την άλλη πλευρά η υπόθεση της Ευρώπης, από τη φύση της υπόθεση διεθνή, εμπεριέχει μια εν δυνάμει υγειονομική διάσταση από το γεγονός και μόνο ότι παραπέμπει σε μια διαδικασία ολοκλήρωσης με τελικό στόχο μια Ευρώπη χωρίς σύνορα. Παρόλα αυτά από την απόπειρα του 1952 και μέχρι τη δεκαετία του '70, η σύνδεση στην πράξη των δύο υποθέσεων υπήρξε σχεδόν μηδαμινή, στο περιθώριο άλλων προωθήσεων. Χωρίς αμφιβολία έλειπαν οι αντικειμενικές εκείνες συνθήκες που θα πίεζαν αποφασιστικά προς μια τέτοια κατεύθυνση ξεπερνώντας τα διάφορα εμπόδια (ιστορικά, κοινωνιολογικά, νομικά) που ορθώνονται και που έχουν σχέση με το πρόβλημα της εθνικής κυριαρχίας ή ακόμα με τη μεγάλη διαφορετικότητα των εθνικών υγειονομικών πολιτικών και συστημάτων... Και ο θολονταρισμός

από μόνος του, όσο και εμπνευσμένος να ήταν, δεν αρκούσε όπως έδειξε η άτυχη περίπτωση της «Ευρωπαϊκής Κοινότητας της Υγείας».

Όμως από τα μέσα περίπου της δεκαετίας του '70 τα πράγματα άλλαξαν. Σε αυτό συνέτρεξε μια σειρά από εξελίξεις:

– Η θεαματική εμπάθυνση και ανάπτυξη πρώτα απ' όλα του φαινομένου της ευρωκοινοτικής ενσωμάτωσης, που αποτελεί και την καρδιά του όλου ευρωπαϊκού εγχειρήματος. Πράγματι, σημαντικά γεγονότα όπως:

α) η στροφή των Ε.Κ. κατά τα έτη 1972/75 προς νέους μη ποσοτικούς στόχους, όπως η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και η εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής, και η υιοθέτηση ακολούθως νέων προγραμμάτων δράσης (π.χ. για την προστασία του περιβάλλοντος, την προστασία των καταναλωτών ή ακόμα την προστασία των εργαζομένων από τις επαγγελματικές ασθένειες και ατυχήματα) που σταδιακά μετατράπηκαν σε αληθινές ευρωκοινοτικές πολιτικές αναγνωρισμένες και κατοχυρωμένες από την Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη (Ε.Ε.Π.) το 1986,

β) οι προσανατολισμοί προς μια Κοινότητα δημοκρατικότερη και πλησιέστερη των αναγκών και καθημερινών προβλημάτων των λαών της, με χαρακτηριστικότερα δείγματα την άμεση εκλογή του Ευρωκοινοβουλίου από το 1979 και τις πρωτοβουλίες της «Ευρώπης των Πολιτών»,

γ) η δρομολόγηση με αφετηρία το 1985 του στόχου της «ενιαίας εσωτερικής αγοράς του 1992» και τέλος,

δ) οι πρόσφατες διεργασίες για την Οικονομική και Νομισματική Ένωση (Ο.Ν.Ε.), την Πολιτική Ένωση (Π.Ε.) και τον «ευρωπαϊκό κοινωνικό χώρο» στην προοπτική μετεξέλιξης των Κοινοτήτων σε Ευρωπαϊκή Ένωση με ομοσπονδιακά χαρακτηριστικά, οδηγούν τα τελευταία 15 χρόνια, αναγκαστικά και αναπόφευκτα, τα κοινοτικά όργανα σε όλο και πιο εμφανείς, ευρείες και επιθετικές κοινοτικές αναφορές και παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας, με αυξανόμενες επιπτώσεις για τα εθνικά δεδομένα και τους σχεδιασμούς των Κρατών-μελών στον τομέα αυτό, ενώ ταυτόχρονα κινητοποιούν τους πολίτες για την αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας σε κοινοτική προοπτική<sup>2</sup>. Στην παραπάνω δε εξέλιξη έρχεται εξάλλου να προστεθεί:

– η ταυτόχρονη ανάδειξη ενός ευρύτερου, και σε πανευρωπαϊκή κλίμακα, κινήματος ευρωπαϊκής ενοποίησης που συντελείται στην τροχιά του γενικότερου κινήματος διεθνούς συνεργασίας και συσσωμάτωσης. Έτσι γεγονότα όπως:

α) η αναβάθμιση και διεύρυνση, με αφετηρία τις συμφωνίες

του Ελσίνκι του 1975, των αρμοδιοτήτων μιας σειράς οργάνων και οργανώσεων – από τη ΔΑΣΕ έως και το Συμβούλιο της Ευρώπης.

β) η όλο και πιο «εθελούσια» προσχώρηση των Ευρωπαϊκών κρατών στις αρχές και τους κανόνες που αυτές διατυπώνουν, και ακόμα,

γ) η άνθηση, στη δεκαετία του '80, των ευρωπαϊκών μη-κυβερνητικών οργανώσεων, ως εναλλακτικού/συμπληρωματικού παράγοντα που προσδίδει στην κυβερνητική ευρωπαϊκή δράση ένα είδος προστιθέμενης αξίας, συνδυαζόμενα με τις εξελίξεις στο ευρωκοινωνικό πλαίσιο υφαίνουν προοδευτικά ένα πραγματικό ευρωπαϊκό ιστό που εξαπλώνεται σε όλο το φάσμα (πολιτικό-οικονομικό-κοινωνικό) αμβλύνοντας έτσι τη διάκριση ανάμεσα σε εσωτερικό/εξωτερικό τομέα<sup>6</sup>, καθώς και την «εθνικότητα» στρατηγικών που παραδοσιακά τα κράτη-έθνη σε τομείς λίαν ευαίσθητους, όπως αυτό της υγείας, έχουν την προδιάθεση να χαράσσουν<sup>7</sup>. Παράλληλα όμως με τις πολιτικές αυτές εξελίξεις, σημειώνεται επίσης κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12-13 χρόνων:

– μια εντυπωσιακή αναγωγή, του θέματος της υγείας σε πολιτικό-κοινωνικό ζήτημα, και μάλιστα μείζον. Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα του 1978 για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρά την γενική τριτοκοσμική της κατεύθυνση<sup>8</sup>, η εμφάνιση του AIDS το 1981, οι αντικαπινοτικές – αντιαλκοολικές – αντιναρκωτικές εκστρατείες της δεκαετίας του '80, η σταδιακή συγκρότηση ενός ιδιαίτερου κλάδου του δικαίου, του «δικαίου της υγείας»<sup>9</sup>, που στην ουσία είναι ένα «δυστικό» δίκαιο της υγείας<sup>10</sup>, και οι συζητήσεις για την ουσιαστική κατοχύρωση και προώθηση του δικαιώματος στην υγεία<sup>11</sup> και μιας σειράς δικαιωμάτων που έχουν σχέση με την υγεία<sup>12</sup> αποτυπώνουν και παγιώνουν αυτή την αναγωγή, που παρατηρείται σε όλες τις προηγμένες και συνεπώς στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Μια αναγωγή που έχει τις ρίζες της στην κατακόρυφη άνοδο του βιοτικού επιπέδου και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, στην πρόοδο και διάδοση των ιατρικών γνώσεων και τεχνικών, στην ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας και στη συνακόλουθη όλων αυτών αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Στο πλαίσιο αυτό εντείνονται οι «ευαισθησίες», οι απαιτήσεις και οι ανάγκες υγείας στο κοινωνικό σύνολο και αυξάνονται θεαματικά οι δαπάνες για την υγεία που βαραίνουν τους ατομικούς και κρατικούς προϋπολογισμούς, αποκαλύπτοντας όμως έτσι στα κυβερνητικά επιτελεία και στις υγειονομικές δυνάμεις των ευρωπαϊκών χωρών, όπου η παράδοση του «κράτους-πρόνοιας» είναι

μακρόχρονη, ισχυρή, και στενά συνδεδεμένη με την ασφάλιση υγείας, μια αδυναμία να αντιμετωπίσουν σε εθνικό επίπεδο (ή σε γενικό διεθνές) αυτές τις κοινωνικές και οικονομικές προκλήσεις και τα αιτήματα που συνοδεύουν την υγεία στη νέα της διάσταση<sup>13</sup>.

Αυτή μάλιστα η αδυναμία γίνεται πολύ πιο αισθητή, στις χώρες εκείνες που μετέχουν στο δομούμενο ευρωκοινοτικό χώρο. Και αυτό διότι μια σειρά από κοινά προβλήματα που απασχολούν έντονα, ως λίαν αναπτυγμένες, τις χώρες της Κοινότητας, όπως:

- η διόγκωση της ιατρικής δημογραφίας
- η αύξηση της γενικευμένης ιατρικής κατανάλωσης
- η επίταση ενός «κοινού» επιδημιολογικού προτύπου (από τον καρκίνο και τα καρδιαγγειακά μέχρι τα εκφυλιστικά, τα ψυχικά νοσήματα και τα ατυχήματα) ή ακόμα,
- η δραματική «βίωση» ορισμένων ιατροκοινωνικών μαστιγών (π.χ. AIDS, ναρκωτικά), παίρνουν μια κοινοτική διάσταση, αποκτούν δηλαδή πρόσθετη βαρύτητα στα πλαίσια της εφαρμογής της ελεύθερης κυκλοφορίας στα επαγγέλματα υγείας, τους ασθενείς και τα φαρμακευτικά προϊόντα, της προοδευτικής κατάργησης των πάσης φύσεως εσωτερικών συνόρων και εν τέλει της σταδιακής οργάνωσης ενός ενιαίου ευρωκοινοτικού οικονομικού και κοινωνικού χώρου. Γεγονός που αναγκάζει τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς του τομέα υγείας να καταστρώνουν και να επιχειρούν μια όλο και πιο συντονισμένη συλλογική δράση σε ευρωκοινοτικό επίπεδο.

Έτσι λοιπόν με όλες τις παραπάνω εξελίξεις διαμορφώνονται πλέον σταδιακά νέα δεδομένα όσον αφορά την Ευρώπη της Υγείας, στη βάση μιας αναπτυσσόμενης ισχυρής διασύνδεσης ανάμεσα στην ευρωπαϊκή υπόθεση και την υπόθεση της υγείας.

### 3. Η Ευρώπη της Υγείας σήμερα: πραγματικότητα αλλά και επιδίωξη

Η σύνδεση Ευρώπης και Υγείας είναι ορατή και επιβεβαιώνεται σε ένα άθροισμα μορφοποιήσεων αφενός, και σε μια σειρά πολιτικών και υγειονομικών δυνάμεων αφετέρου που έχουν θέσει σαν στόχο τους την προώθηση και ολοκλήρωση αυτής της σύνδεσης. Με άλλα λόγια, σήμερα η Ευρώπη της Υγείας παρουσιάζεται ταυτόχρονα ως πραγματικότητα και ως επιδίωξη.

### 3.1. Μια αναμφισβήτητη, αλλά ανολοκλήρωτη πραγματικότητα

Η Ευρώπη της Υγείας κατ' αρχάς είναι μια ήδη οικοδομημένη, αναγνωρίσιμη, πλην όμως ατελής και εξαιρετικά ρευστή, πραγματικότητα. Αυτή εμφανίζεται με τρεις κυρίως, άνισες, διασταυρούμενες και ως ένα βαθμό αντιπαρατιθέμενες μορφές, ήτοι:

- ως ευρωκοινοτικό δίκαιο, και κατ' επέκταση ευρωκοινοτική πολιτική της υγείας (μιας και η ανάπτυξη του πρώτου, περισσότερο από οπουδήποτε αλλού στο κοινοτικό πλαίσιο, οδηγεί αναπόφευκτα στην ανάπτυξη της δεύτερης), έργο των κεντρικών θεσμικών κοινοτικών οργάνων που αποτελεί και το σκληρό πυρήνα της υπαρκτής Ευρώπης της Υγείας.

- ως ώσμωση των εθνικών υγειονομικών τάξεων, με απευθείας πρωτοβουλία των ίδιων των ευρωπαϊκών κρατών, και τέλος

- ως σύγκλιση των εθνικών μη-κυβερνητικών δυνάμεων που δραστηριοποιούνται άμεσα ή έμμεσα στην περιοχή της υγείας.

#### 3.1.1. Ευρωκοινοτικό δίκαιο και ευρωκοινοτική πολιτική της υγείας

Τα κεντρικά θεσμικά κοινοτικά όργανα έχουν να επιδείξουν, μια σημαντική ανάμιξη στο χώρο της υγείας, κυρίως από τη δεκαετία του '70 και έπειτα. Αυτή περιλαμβάνει στο παρόν στάδιο:

- Ρυθμίσεις που επιβάλλουν την ελεύθερη εγκατάσταση και ελεύθερη παροχή υπηρεσιών των ιατρικών, παραϊατρικών και φαρμακευτικών επαγγελματιών (η λεγόμενη «Λευκή Ευρώπη» ή αλλιώς η Κοινή Αγορά των επαγγελματιών υγείας).

- Ρυθμίσεις για την επίτευξη της ελεύθερης διακίνησης των φαρμακευτικών προϊόντων (εγκαθίδρυση της Κοινής αγοράς των φαρμάκων).

- Ρυθμίσεις για την ελεύθερη κυκλοφορία, εντός Κοινότητας, των κοινοτικών ασθενών και πρωτοβουλίες για την προστασία των δικαιωμάτων τους και την ιατρική τους προστασία.

- Μια υγειονομική αγροτική νομοθεσία, κυρίως φυτοϋγειονομικούς κανόνες και κανόνες υγιεινής των ζώων.

- Κανόνες και προδιαγραφές υγιεινής του περιβάλλοντος, για την υγιεινή των τροφίμων, τις επικίνδυνες ουσίες και για την ασφάλεια των καταναλωτών.

- Ένα ημιτελές ακόμα, αλλά σε πλήρη εξέλιξη, σύστημα προστασίας (υπό την ευρεία έννοια περιλαμβάνοντας και την



πρόληψη) των εργαζομένων από τις επαγγελματικές ασθένειες και τα ατυχήματα καθώς και ένα σχεδόν τελειοποιημένο σύστημα προστασίας των πληθυσμών και των εργαζομένων από τις ιονίζουσες ακτινοβολίες.

– Μέτρα για την καταπολέμηση των κοινωνικών μαστιγών (ναρκωτικά, AIDS, καρκίνος κ.λπ.), καθώς και μέτρα για την προστασία ορισμένων ιδιαίτερα ευπαθών κατηγοριών ατόμων (πολλά από τα οποία παίρνουν σταδιακά τη μορφή ολοκληρωμένων τομιακών ιατροκοινωνικών προγραμμάτων).

– Μελέτες υγείας και κυρίως προγράμματα ιατρικής έρευνας και έρευνας στην ευρύτερη περιοχή της υγείας (π.χ. ερευνητικά προγράμματα της ΕΟΚ στην ιατρική και τη δημόσια υγεία, προγράμματα βιομηχανικής και πυρηνικής ιατρικής της Ε.Κ.Α.Χ. και της ΕΥΡΑΤΟΜ αντίστοιχα, περιβαλλοντική έρευνα της ΕΟΚ κ.λπ.).

– Χρηματοδοτήσεις δια μέσου των κοινοτικών διαρθρωτικών ταμείων για την ανάπτυξη υποδομών υγείας στις περιφερειακές ζώνες της ΕΟΚ, και τέλος

– Ένα δίκτυο υγειονομικών σχέσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ενεργούντων ως ιδιαίτερο υγειονομικό υποκείμενο στη διεθνή σκηνή) με τον εξω-κοινοτικό κόσμο, τα κράτη και τις διεθνείς οργανώσεις<sup>2</sup>.

Όλα αυτά όμως δε σημαίνουν ότι έχει εγκατασταθεί μια ενοποιημένη, υπερεθνική, υγειονομική τάξη ή ότι έχει έστω αναδειχθεί ένα θεσμικά αυτοτελές και υλικά ολοκληρωμένο ευρωκοινοτικό δίκαιο της υγείας, όπως πολύ σωστά επισημαίνει ο Michel Belanger<sup>14</sup>. Ούτε ότι έχει αναπτυχθεί μια νέα, μοναδική και πρωτότυπη πολιτική υγείας, ή ότι έχει ακόμα διαμορφωθεί πλήρως στην εν λόγω περιοχή ένας αυτοδύναμος, ξεχωριστός κοινοτικός λόγος. Πράγματι οι πιο εκτεταμένες σχετικές διεθνείς μελέτες έχουν καταδείξει τόσο την έλλειψη, όσο και την αβεβαιότητα μελλοντικής παρουσίας, ορισμένων βασικών στοιχείων: Κυρίως μιας ρητής πρόβλεψης στα καταστατικά κοινοτικά κείμενα, αλλά και μιας πλήρως χειραφετημένης από άλλες κοινοτικές πολιτικές (κοινωνική, περιβάλλοντος, καταναλωτών, έρευνας κ.λπ.) οργανωτικής δομής και λειτουργίας καθώς και ενός σχεδίου, μιας δηλαδή συνολικής κοινοτικής στρατηγικής, εκ μέρους των κοινοτικών οργάνων, στον τομέα της υγείας<sup>15</sup>.

Έτσι λοιπόν αυτό που στην ουσία αποτελεί γεγονός είναι η επεξεργασία και η υλοποίηση εκ μέρους των κοινοτικών οργάνων μιας πολιτικής υπό την έννοια της τακτικής, και ενός δικαίου, υπό την έννοια μιας νομοθετικής και νομολογιακής –δηλαδή

δευτερογενούς– πρακτικής, που σήμερα μπορούμε να πούμε ότι σε γενικές γραμμές συνοψίζεται:

– σε μια ευρεία κεντρική παρέμβαση διοικητικού χαρακτήρα που επιβάλλει την προσέγγιση και εναρμόνιση μεγάλου μέρους των υγειονομικών νομοθεσιών των Κρατών-μελών με την εγκαθίδρυση νομικών και τεχνικών κοινοτικών κανόνων,

– σε μια, επίσης κεντρική αλλά ακόμα άνιση, και αποσπασματική, παρέμβαση στο ιατρικό σκέλος με την εκπόνηση και υιοθέτηση κοινών εσω-κοινοτικών στόχων και πλαισίων στη βάση της αρχής της «επικουρικότητας»<sup>16</sup>,

– και σε μια διευρυνόμενη παρέμβαση στις διεθνείς υγειονομικές υποθέσεις, με τη σταδιακή ανάπτυξη και άσκηση ενός καθαρά κοινοτικού ρόλου στο πλαίσιο της διεθνούς προσπάθειας για την προστασία και προαγωγή της υγείας.

### 3.1.2. Ώσμωση των εθνικών υγειονομικών τάξεων

Στη μεγάλη τους πλειοψηφία τα ευρωπαϊκά κράτη δια μέσου των κυβερνητικών τους οργάνων, έχουν να παρουσιάσουν στο ενεργητικό τους τις τελευταίες δύο δεκαετίες, υπολογίσιμη δραστηριοποίηση προς την κατεύθυνση της σύγκλισης των εθνικών υγειονομικών καθεστώτων.

Η δραστηριοποίηση αυτή εκφράζεται με διάφορους τρόπους, ήτοι:

α) με τις πρωτοβουλίες τους στα ανώτερα καθοδηγητικά όργανα των διαφόρων διακρατικών ευρωπαϊκών οργανώσεων (πανευρωπαϊκών, περιφερειακών ή υποπεριφερειακών) στις οποίες μετέχουν ως μέλη (Συμβούλιο της Ευρώπης, Ε.Κ., Συμβούλιο Βορείων χωρών, BENELUX). Πρόκειται για μια πρωτογενή κρατική βούληση που, μέσω της πρόκλησης συζήτησης πολιτικού χαρακτήρα στο ανώτερο κλιμάκιο, κάνει τις οργανώσεις αυτές να ασχοληθούν, ενίοτε δε καθ' υπέρβαση των ρητών αρμοδιοτήτων τους, με ζητήματα που άπτονται άμεσα (π.χ. μάχη κατά του καρκίνου, καταπολέμηση του AIDS) ή έμμεσα της υγείας (π.χ. ποιότητα ζωής, ανθρώπινα δικαιώματα), και να προτείνουν κατόπιν εξειδικευμένους στόχους και μέσα που απευθύνονται, από τη στιγμή της τελικής υιοθέτησής τους, στις εθνικές υγειονομικές τάξεις,

β) με την προσχώρησή τους στις αρχές και τους κανόνες με υγειονομικό περιεχόμενο που διατυπώνουν οι διάφορες αυτές διακυβερνητικές οργανώσεις. Η προσχώρηση αυτή κινείται σε

δύο επίπεδα: Από τη μια πλευρά στο επίπεδο της υποχρεωτικής προσχώρησης, της συμμόρφωσης δηλαδή. Και τότε πρόκειται στην ουσία για την όλο και αυξανόμενη επίδειξη ικανότητας και ζήλου εκ μέρους των Κρατών-μελών των Ε.Κ. να ενσωματώνουν τις υγειονομικού περιεχομένου κοινοτικές οδηγίες στην εσωτερική υγειονομική τους τάξη και εν συνεχεία να μεριμνούν για την τήρησή τους<sup>17</sup>. Από την άλλη πλευρά υπάρχει το επίπεδο της «εθελοντικής» προσχώρησης. Η υιοθέτηση δηλαδή από τα ευρωπαϊκά κράτη (με διαφορετικούς είναι αλήθεια ρυθμούς) υγειονομικών αρχών και κανόνων μη δεσμευτικού χαρακτήρα –ο κύριος όγκος των οποίων διατυπώνεται από το Συμβούλιο της Ευρώπης και την ΕΟΚ– με την αποδοχή διακηρύξεων, ψηφισμάτων κ.λπ. ή ακόμα με την κύρωση και το σεβασμό ειδικών ευρωπαϊκών συμβάσεων. Όσον αφορά ειδικά το Συμβούλιο της Ευρώπης σκόπιμο είναι εδώ να υπογραμμίσουμε ότι, στο πλαίσιο της καταστατικής του επιδίωξης για την προστασία και προαγωγή στην Ευρώπη της δημοκρατίας και των ανθρώπινων δικαιωμάτων, έχει αναπτύξει μια αξιολογή υγειονομική δράση<sup>18</sup> με βασικό άξονα την ουσιαστική αναγνώριση, προστασία και προαγωγή του δικαιώματος στην υγεία, θεωρούμενου ως ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου.

γ) με την «αυθόρμητη», πέρα από νομικούς εξαναγκασμούς και ηθικές υποχρεώσεις, ευθυγράμμισή τους με γενικούς προσανατολισμούς ή ειδικές κατευθύνσεις υγειονομικής πολιτικής και οργάνωσης άλλων ευρωπαϊκών χωρών, που αναδεικνύονται σε πρότυπα: Στην πρώτη περίπτωση πρόκειται για την όλο και πιο άμεση προσφυγή (κυρίως αλλά όχι αποκλειστικά) των λιγότερο προηγμένων, από άποψη υγείας, ευρωπαϊκών κρατών σε υφιστάμενα και δοκιμασμένα πλέον στην Ευρώπη μοντέλα συνολικής κρατικής αντίληψης για την υγεία, τα οποία και χρησιμοποιούν σαν κατ' αρχήν βάση για τη διόρθωση ή αναμόρφωση των δικών τους ιδιαίτερων εθνικών καθεστώτων. Έτσι, για παράδειγμα, μια σειρά από ευρωπαϊκά κράτη (Ιταλία, Πορτογαλλία, Ελλάδα, αλλά και Δανία, Ισλανδία) από τη δεκαετία του '70 και έπειτα τα περισσότερα, προχώρησαν στη θέσπιση εθνικών συστημάτων υγείας με αφετηρία το προϋπάρχον, από το 1948, εθνικό σύστημα της Αγγλίας, ενστερνιζόμενα τη φιλοσοφία που το διαπνέει, όσον αφορά το ρόλο του κράτους απέναντι στην υγεία, και «δανειζόμενα» (προς προσαρμογή στις εθνικές ιδιαιτερότητες) τα βασικά δομικά του στοιχεία. Στη δεύτερη δε περίπτωση πρόκειται για την όλο και μεγαλύτερη στροφή των Ευρωπαϊκών κρατών (κυρίως των δυτικοευρωπαϊκών) προς ορισμένες πρωτότυπες το-

μεακές υγειονομικές επιλογές ή απλώς παραδειγματικές εφαρμογές προτάσεων υγείας στην Ευρώπη, τις οποίες και παίρνουν σαν πηγή έμπνευσης για τη διαμόρφωση και άσκηση αντίστοιχων δικών τους πολιτικών. Παράδειγμα, η νέα προς τα τέλη της δεκαετίας του '80 στάση του ισπανικού κράτους απέναντι στα ναρκωτικά που στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό στην προϋπάρχουσα ολλανδική εμπειρία της μερικής αποποινικοποίησης. Ή ακόμα η προώθηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.) από κράτη υπό σοσιαλιστική διακυβέρνηση την τελευταία 15ετία, (π.χ. Πορτογαλία, Ελλάδα) που οφείλεται περισσότερο στις σχετικές εφαρμογές και επιδόσεις των Σκανδιναβικών χωρών και ιδιαίτερα της Σουηδίας (θεωρούμενων ως επιβεβαίωση μιας δόκιμης σοσιαλιστικής κοινωνικής πολιτικής στη Δυτική Ευρώπη) παρά στις σχετικές θεωρητικές προτάσεις της Π.Ο.Υ. Με την ευκαιρία της αναφοράς στην Π.Ο.Υ. σκόπιμο είναι εδώ να υπογραμμίσουμε ότι ο ρόλος της παγκόσμιας αυτής οργάνωσης στη συγκρότηση μιας Ευρώπης της Υγείας είναι τελείως έμμεσος: Πράγματι η Π.Ο.Υ. ενδιαφέρεται περισσότερο για την επεξεργασία μιας, ιατρικού χαρακτήρα, παγκόσμιας «στρατηγικής υγείας» και την προώθησή της σε καθαρά εθνικό επίπεδο από τα κράτη της Ευρώπης<sup>19</sup> (έχοντας μάλιστα ακολουθήσει μέχρι σήμερα μάλλον ουτοπικούς και πάντως τριτοκοσμικούς δρόμους), παρά ασχολείται με την ανάδειξη της Ευρώπης ως ιδιαίτερου ευρωπαϊκού υγειονομικού χώρου<sup>20</sup>.

Όλη αυτή όμως η κρατική δραστηριοποίηση που αναφέραμε, αν και αξιοσημείωτη από άποψη σύγκλισης των εθνικών υγειονομικών τάξεων, παρουσιάζεται ημιτελής, περισσότερο συγκυριακή ενώ βρίσκεται εν μέρει και σε έναν ιδιότυπο ανταγωνισμό.

– Ημιτελής, διότι προς το παρόν αυτό που έχει να επιδείξει είναι πιο πολύ μια δυναμική σύγκλιση, μια ώσμωση δηλαδή, παρά μια αυτή καθαυτή σύγκλιση των ευρωπαϊκών πολιτικών στον τομέα της δημόσιας υγείας, πολύ περισσότερο δε των ευρωπαϊκών υγειονομικών συστημάτων. Ακόμα και μεταξύ των Κρατών-μελών των Ε.Κ. οι υγειονομικές πολιτικές χαρακτηρίζονται από σημαντική ακόμα ανομοιογένεια, κυρίως από άποψη προτεραιοτήτων, ενώ υφίστανται πάντα εκτεταμένες ανισότητες μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων, όπως επιβεβαιώνει και η πρόσφατη διεθνής βιβλιογραφία σε επίπεδο συγκριτικής μελέτης<sup>21</sup>.

– Συγκυριακή, διότι δεν εκδηλώνεται σε μια ρητή μακροπρόθεσμη προοπτική. Πράγματι, με εξαίρεση τη συμμόρφωση των Κρατών-μελών των Ε.Κ. στις κοινοτικές υγειονομικές οδηγίες

(που και αυτή δε γίνεται όπως είπαμε χωρίς δυστροπίες) όλη η υπόλοιπη δραστηριοποίηση εκ μέρους των κυβερνήσεων παρουσιάζεται ασυνεχής και μη πλήρως ενταγμένη σε ένα γενικότερο στρατηγικό προσανατολισμό, γεγονός που εξηγεί και το ότι είναι επίσης εν μέρει ανταγωνιστική.

– Εν μέρει ανταγωνιστική πράγματι, διότι ενίοτε είτε προκαταλαμβάνει και επικαλύπτει, είτε αποδυναμώνει τις προσπάθειες για συγκλίσεις στην υγεία των διαφόρων ευρωπαϊκών διακρατικών οργανώσεων, ιδιαίτερα της ευρωκοινοτικής. Η πρώτη περίπτωση συμβαίνει, όταν κάποιες αυθόρμητες προσεγγίσεις μεταξύ ευρωπαϊκών κρατών γίνονται εις βάρος αντίστοιχων εν εξελίξει προσπαθειών των διακρατικών ευρωπαϊκών οργανώσεων. Παράδειγμα, η ισπανική προσέγγιση της ολλανδικής εμπειρίας στο τομέα της αντιμετώπισης της τοξικομανίας ενώ εκκρεμούν προσπάθειες ενιαίας, συλλογικής ευρωπαϊκής αντιμετώπισης. Η δεύτερη δε περίπτωση συμβαίνει ειδικά με τις δραστηριοποιήσεις εκείνες των Κρατών-μελών των Ε.Κ. στα πλαίσια της συμμετοχής τους και σε άλλες –πλην της κοινοτικής– ευρωπαϊκές οργανώσεις, που το περιεχόμενό τους συμπίπτει με ανάλογες δραστηριοποιήσεις τους στους κόλπους της ευρωκοινοτικής οργάνωσης, ενδεικτικά η περίπτωση των διπλών πρωτοβουλιών (ΕΟΚ και Συμβούλιο της Ευρώπης) για την αντιμετώπιση του AIDS. Εμφανίζεται έτσι όπως επισημαίνει και η Francoise Massart μια σχετική «σύγκρουση και σύγχυση υγειονομικών αρμοδιοτήτων και καθηκόντων»<sup>22</sup> που έχει ως αποτέλεσμα την αποδυνάμωση των εκατέρωθεν προσπαθειών.

### 3.1.3. Σύγκλιση των εθνικών μη κυβερνητικών δυνάμεων με δραστηριότητα υγείας

Οι μη κυβερνητικοί φορείς που σε εθνική κλίμακα δραστηριοποιούνται άμεσα ή έμμεσα στο χώρο της υγείας, έχουν προχωρήσει τα τελευταία χρόνια σε μια θεαματική σύσφιγξη των σχέσεών τους, μια πραγματική οικοδόμηση διεθνικών-ευρωπαϊκών δεσμών, τόσο από θεσμική όσο και από λειτουργική άποψη.

Από θεσμική άποψη πρόκειται για την, σχεδόν καθολική, οργανική συνένωση εθνικών φορέων, του καθεαυτού ή του ευρύτερου υγειονομικού χώρου, σε ευρωκοινοτική αλλά και σε ευρύτερη ευρωπαϊκή κλίμακα, στη βάση ενός αυθόρμητου εταιρισμού. Εάν το κίνημα αυτό δεν είναι τελείως πρόσφατο (οι γιατροί-ελεύθεροι επαγγελματίες όντας πρωτοπόροι ήδη από τη δε-

καετία του '60) έχει πάρει όμως τελευταία εκπληκτικές διαστάσεις καθώς υπάρχει σήμερα μια ολόκληρη αρμάδα ευρωπαϊκών οργάνων και οργανώσεων που αντιπροσωπεύουν όλο το φάσμα της μη-κυβερνητικής εμπλοκής στην υγεία, από την αυστηρά κλαδική π.χ. Ομοσπονδία Νέων Γιατρών της ΕΟΚ, έως την ευρύτατα δημοσιο-υγειονομική, π.χ. το Ευρωπαϊκό Γραφείο Περιβάλλοντος (Ε.Ε.Β.).

Από λειτουργική άποψη δε, πρόκειται για την προώθηση επί της ουσίας, στο πλαίσιο αυτών των ιδρυμένων ευρωπαϊκών οργανώσεων και οργάνων, κοινής γλώσσας και κοινών γραμμών πλεύσης μεταξύ των εθνικών ενώσεων που τις απαρτίζουν, όσον αφορά τα διάφορα «περιβάλλοντα» υγείας που αντιπροσωπεύουν (επαγγελματικό, επιστημονικό, κοινωνικό, ανθρωπιστικό κ.λπ.). Ενδεικτικά θα αναφέρουμε την επεξεργασία (στους κόλπους μιας σειράς ιατρικών ευρωπαϊκών οργανώσεων ή οργάνων<sup>23</sup>) κοινών θέσεων σχετικά με την πρόσβαση και άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος –υπό την ευρεία έννοια συμπεριλαμβανοντας και την ιατρική ηθική και δεοντολογία, το συντονισμό της δράσης σε επίπεδο υγειονομικής και γενικότερα ανθρωπιστικής βοήθειας στο τρίτο κόσμο<sup>24</sup> ή ακόμα τη χάραξη κοινής τακτικής για την αναγνώριση και προώθηση των δικαιωμάτων των ασθενών<sup>25</sup> (π.χ. μέσα από το κανάλι της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ασθενών).

Όμως όλα αυτά δε σημαίνουν ότι έχει σφυρηλατηθεί ένας αληθινός δεσμός υγείας μεταξύ των πολιτών της Ευρώπης, μια ευρωπαϊκή κοινωνία των πολιτών με υγειονομική συνείδηση. Και αυτό για δύο λόγους:

Κατ' αρχάς διότι η σύσφιξη των σχέσεων μεταξύ των εθνικών μη κυβερνητικών οργανώσεων ή ομάδων που κινούνται στη περιοχή της υγείας, όσο εντυπωσιακή και αν είναι, παρουσιάζει ακόμα σημαντικές αδυναμίες. Στο θεσμικό βέβαια σκέλος, όπου υπάρχουν π.χ. ανισότητες στο βαθμό κινητοποίησης και οργάνωσης, στην ευρωπαϊκή κλίμακα, των διαφόρων εθνικών μη κυβερνητικών φορέων του συστήματος υγείας, ενδεικτικά η χαμηλή κινητοποίηση και οργάνωση του νοσοκομειακού δυναμικού<sup>26</sup>. Αλλά και στο ουσιαστικό σκέλος, όπου υπάρχουν καθυστερήσεις στη διαμόρφωση ολοκληρωμένης κοινής γλώσσας και κοινής γραμμής, καθώς θέματα που απασχολούν τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους (και τα οποία μάλιστα αποτελούν ήδη αντικείμενο διεργασιών σε διακυβερνητικό επίπεδο) όπως η δημογραφία των επαγγελματιών υγείας ή ακόμα η αύξηση των δαπανών υγείας, παραμένουν ακόμα ανοιχτά.

Κατά δεύτερο δε και μείζονα λόγο διότι υπάρχει ακόμα σύγχυση ως προς το ρόλο και την προοπτική αυτού του αναδυόμενου κινήματος οικοδόμησης του ευρωπαϊκού χώρου υγείας σε ιδιωτική βάση. Δεν έχουν δηλαδή ξεκαθαρίσει και ιεραρχήσει όλοι αυτοί οι μη-κυβερνητικοί φορείς και ενώσεις που δρουν στη περιοχή της υγείας πόσο, με την οργάνωση και λειτουργία τους στην ευρωπαϊκή κλίμακα, μεριμνούν για τα στενά συμφέροντα του περιβάλλοντος που ούτως ή άλλως εκπροσωπούν (πόσο δηλαδή είναι «ομάδες πίεσης»), και πόσο τελικά αποσκοπούν στο γενικότερο συμφέρον μιας κοινής ευρωπαϊκής προσπάθειας στην δημόσια υγεία,

– πόσο δηλαδή είναι φορείς ανάπτυξης και στήριξης μιας συλλογικής, ευρωπαϊκής απάντησης στις υγειονομικές προκλήσεις, φορείς μιας ευρωπαϊκής υγειονομικής αλληλεγγύησης. Εκείνο πάντως που είναι ξεκάθαρο και αναμφισβήτητο, είναι ότι βρίσκεται εν εξελίξει μια ευρεία σύγκλιση σε επίπεδο μη κυβερνητικών υγειονομικών δυνάμεων που αποτελεί όχι μόνο ενισχυτικό αλλά και εναλλακτικό ως προς τον υπερεθνικό και τον εθνικό-κυβερνητικό, πόλο οικοδόμησης της Ευρώπης της Υγείας στη βάση της αυτοδιαχείρισης και αυτορρύθμισης»<sup>27</sup>.

### 3.2. Μια ευρύτερη διπλή επιδίωξη

Ευρώπη της Υγείας στο παρόν στάδιο δεν είναι μόνο η απτή πραγματικότητα που συνθέτουν οι αντικειμενικές μορφοποιήσεις που προαναφέραμε. Είναι επίσης μια επιδίωξη, που αποτελεί τη δεύτερη, λιγότερο έκδηλη, σημερινή της όψη. Συνδεδεμένη αλλά και ανεξάρτητη προς αυτή την αναμφισβήτητη αλλά ανολοκλήρωτη υλική εκδοχή, πάει πέρα από την απλή διαχείριση και γραμμική ανάπτυξή της, προς τη θετική έκβαση ενός μείζονος διπλού στοιχήματος: να ολοκληρωθεί η ευρωπαϊκή ενοποίηση και να αναπτυχθεί μια κοινή ευρωπαϊκή πολιτική στον τομέα της δημόσιας υγείας.

#### 3.2.1. Ολοκλήρωση της ευρωπαϊκής ενοποίησης με την αναγνώριση του ευρωπαϊκού υγειονομικού χώρου

Πρόκειται συγκεκριμένα για την προοπτική να αποτελέσει η υγεία από εδώ και πέρα ξεχωριστό, ισοδύναμο λόγο ευρωπαϊκής ενοποίησης, να μετάσχει δηλαδή ισότιμα στις διαδικασίες ευρωπαϊκής οικοδόμησης. Όστε πρώτα από όλα η Κοινωνική Ευρώπη

να μετατραπεί σε κάτι ποιοτικά ανώτερο από μια ζώνη ελεύθερων συναλλαγών, να μετουσιωθεί δηλαδή σε μια πραγματική ομοσπονδιακή ένωση στη βάση ενός ολοκληρωμένου, εκτός από οικονομικού και πολιτικού, κοινωνικού και πολιτιστικού δεσμού τόσο μεταξύ κρατών όσο και μεταξύ πολιτών. Αλλά και ευρύτερα, ολόκληρη η Ευρώπη να προχωρήσει προς την οικοδόμηση της ενότητάς της (σήμερα περισσότερο από ποτέ αναγκαία εμπρος στην άνοδο οπισθοδρομικών εθνικισμών) όχι μόνο σε επίπεδο κρατών, αλλά και λαών. Κάτι που η σφυρηλάτηση μιας βαθιάς αλληλεγγύης σε επίπεδο υπεράσπισης μη υλικών αγαθών και αξιών μπορεί ασφαλώς να επιτύχει και από αυτή την άποψη η υγεία είναι φανερό ότι αποτελεί ένα προνομιακό μέσο για την εμβάθυνση και ολοκλήρωση των διαδικασιών ευρωπαϊκής ενοποίησης, και η επίτευξη της Ευρώπης της Υγείας ισοδυναμεί με την πλήρη αναγνώριση του ενιαίου ευρωπαϊκού υγειονομικού χώρου.

Μια τέτοια προοπτική όμως θέτει στην ουσία τα ζητήματα της αναθεώρησης των ιδρυτικών συνθηκών των Κοινοτήτων (για να συμπεριληφθεί και η υγεία) και της περαιτέρω ενίσχυσης του ρόλου του Συμβουλίου της Ευρώπης. Ζητήματα που, εάν δεν είναι στις προθέσεις όλων των κυβερνητικών επιτελείων, αποτελούν όμως στόχους (και οι συζητήσεις που γίνονται γύρω από τη νέα ευρωπαϊκή αρχιτεκτονική και κυρίως την Ευρωπαϊκή Ένωση, άσχετα από το τελικό αποτέλεσμα, το αποδεικνύουν) σειράς κρατών και ορισμένων πολιτικών κομμάτων. Κυρίως των κρατών εκείνων που αποβλέπουν, είτε σε περισσότερη αρωγή για την ανάπτυξή τους (π.χ. μεσογειακά κράτη), είτε σε περαιτέρω επιθεβαίωση του ρόλου τους ως πρωταγωνιστών της ευρωπαϊκής συνεργασίας και αλληλεγγύης (π.χ. Γαλλία, Γερμανία), καθώς και των κεντρο-αριστερών και αριστερών κομμάτων που βρίσκονται σε αναζήτηση ενός νέου λόγου και ενός νέου πεδίου έκφρασης της δράσης τους για κοινωνική ισότητα και κοινωνική δικαιοσύνη<sup>28</sup>.

### 3.2.2. Ανάπτυξη μιας κοινής ευρωπαϊκής πολιτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας

Πρόκειται ειδικότερα για το στόχο να αποτελέσει η Ευρώπη, ιδιαίτερα δε ο σκληρός πυρήνας της, η Κοινοτική Ευρώπη, έναν ουσιαστικό παράγοντα προστιθέμενης αξίας, έναν καταξιωμένο πολλαπλασιαστή/ενοποιητή των εθνικών υγειονομικών προσπαθειών. Έτσι ώστε η δράση στη δημόσια υγεία να γίνει περισσό-



τερο αποτελεσματική μιας και το απομονωμένο εθνικό επίπεδο και η χαλαρή συνεργασία στην παγκόσμια κλίμακα αποδεικνύονται και τα δύο ανεπαρκή, και από αυτή την άποψη η Ευρώπη αποτελεί όχι απλώς ένα κατάλληλο επίπεδο δράσης αλλά και ένα όπλο για την αντιμετώπιση των κοινών προβλημάτων δημόσιας υγείας, και η επίτευξη της Ευρώπης της Υγείας ισοδυναμεί με τη διαμόρφωση και ανάπτυξη μιας πραγματικά κοινής πολιτικής στον τομέα αυτόν.

Ένας τέτοιος όμως στόχος, υπό το φως των όσων έχουν ήδη πραγματοποιηθεί προς αυτήν την κατεύθυνση, θέτει ουσιαστικά σήμερα θέμα επεξεργασίας μιας πρότασης ολοκληρωμένης πολιτικής κατά πρώτον σε ευρωκοινοτικό πλαίσιο, καθότι το πιο ομοιογενές και δομημένο, και κατόπιν σε πανευρωπαϊκό, σε ευρύτερο δηλαδή περιφερειακό. Ενός ευρωπαϊκού με άλλα λόγια προγράμματος στην περιοχή της υγείας που να θέτει στόχους, να ορίζει προτεραιότητες, να προσδιορίζει τις σχέσεις ανάμεσα στο υπερεθνικό, το εθνικό και το τοπικό, ανάμεσα στο δημόσιο και το ιδιωτικό, να απελευθερώνει και να διοχετεύει τους αναγκαίους χρηματικούς πόρους και τέλος να προσεταιρίζεται τους πολίτες ως υπεύθυνα άτομα και ενεργά μέλη μιας κοινής προσπάθειας που αρχίζει από τη μεγάλη κοινότητα της Ευρώπης και φθάνει ως τη κοινότητα (community). Αυτό ακριβώς το θέμα του ευρωπαϊκού προγράμματος εάν τίθεται κάπως διφορούμενα από τους επαγγελματικούς φορείς του τομέα υγείας, καθώς εκεί όπως προαναφέραμε επαγγελματικές και υγειονομικές επιδιώξεις αλληλοκαλύπτονται, απασχολεί όμως και κινητοποιεί όλο και πιο έντονα τις πολιτικές και υγειονομικές δυνάμεις σε ένα ευρύ φάσμα. Από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο<sup>29</sup>, ως εκφραστή και ιμάντα μεταβίβασης στα άλλα κοινοτικά όργανα των επιθυμιών και ανησυχιών των πολιτών της Κοινότητας, έως εκείνο το επιστημονικό (και συχνά τεχνοκρατικό) δυναμικό (π.χ. κοινωνιολόγοι της υγείας, πολιτικοί επιστήμονες, ακαδημαϊκοί ερευνητές της κοινωνικής ιατρικής) που βρίσκονται σε αναζήτηση νέας προοπτικής και νέου εργαλείου για τις δραστηριότητές τους στη χάραξη πολιτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας<sup>30</sup>.

#### 4. Η ολοκλήρωση της Ευρώπης της Υγείας: Ανάμικτες προοπτικές

Το αύριο της Ευρώπης της Υγείας δεν είναι εύκολα προδιαγράψιμο. Οι προοπτικές για ένα ποιοτικό άλμα, για ουσιώδη πε-

ραιτέρω προώθηση και ολοκλήρωση παρουσιάζονται μοιρασμένες. Τα σημερινά δεδομένα, η ήδη ανεπτυγμένη πραγματικότητα και οι σηματοδοτημένες ευρύτερες επιδιώξεις, εγείρουν πραγματι βάσιμες ελπίδες αλλά και φόβους και διλήμματα.

#### 4.1. Οι ελπίδες

Το σημερινό προφίλ της Ευρώπης της Υγείας –το τι έχει ήδη συντελεστεί και το τι ευρέως πλέον επιδιώκεται– αντικειμενικά εγείρει, όπως είναι φυσικό, βάσιμες ελπίδες ως προς τη μελλοντική ολοκλήρωσή της:

– Ελπίδες πρώτα ότι η πορεία, ή καλύτερα η διαδικασία ανάπτυξης δεν μπορεί πια να είναι ανατρέψιμη καθώς από τότε που πήρε μια νέα τροπή, εδώ και 20 περίπου χρόνια, όχι μόνο δεν έχει ανακοπεί, αλλά διαρκώς ενισχύεται.

– Ελπίδες στη συνέχεια ότι η Ευρώπη της Υγείας, τόσο ως πραγματικότητα όσο και ως επιδίωξη, έχει αποκτήσει πλέον μια ίδια δυναμική ώστε να αναπτύσσεται συνεχώς παρόλα τα ακόμα υπάρχοντα πολιτικά και κοινωνιολογικά εμπόδια, κάτι το οποίο επαληθεύεται απολύτως τουλάχιστον στον ευρωκοινοτικό χώρο. Χαρακτηριστικό, και τελείως πρόσφατο, παράδειγμα οι διαπραγματεύσεις και τα προσχέδια για την αναμόρφωση των ιδρυτικών κοινοτικών συνθηκών ενόψει της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου, μεταξύ των άλλων, συζητείται επίσημα και η επέκταση των κοινοτικών αρμοδιοτήτων στον τομέα της δημόσιας υγείας...

– Ελπίδες ακόμα ότι η ανάπτυξη αυτή δε θα είναι μια απλή γραμμική ανάπτυξη αλλά θα είναι μια, όχι πολύ μακρινή, ολοκλήρωση τόσο σε επίπεδο θεσμών, όσο και σε επίπεδο ουσίας.

– Ελπίδες τέλος, και πάνω από όλα, ότι η ολοκλήρωση αυτή θα σημάνει και την εμφάνιση μιας αληθινά ενωμένης Ευρώπης, που θα εγγυάται σε όλους χωρίς αποκλεισμούς την απόλαυση μιας καλύτερης ζωής και υγείας.

Από αυτήν την άποψη το φλέγον ζήτημα δεν είναι πλέον το εάν, αλλά σε ποιο βαθμό και πως ακριβώς η «πραγματική» Ευρώπη της Υγείας θα ταυτισθεί με την επιδιωκόμενη. Εδώ ακριβώς εγείρονται κατ' αρχάς ορισμένοι ευνόητοι φόβοι και εν συνεχεία μερικά αναπόφευκτα διλήμματα.

#### 4.2. Οι φόβοι

Το σήμερα της Ευρώπης της Υγείας όσο εγείρει βάσιμες ελ-

πίδες για μια δυναμική ανάπτυξη και ολοκλήρωσή της στον ορίζοντα του 2.000, άλλο τόσο εγείρει και φόβους όσον αφορά τη μελλοντική πραγματικότητα και τις ενδεχόμενες συνέπειες αυτής της ολοκλήρωσης.

– Φόβους κατ' αρχάς, ότι η δρομολογημένη οικοδόμηση της Ευρώπης της Υγείας σταδιακά θα αποστερήσει παντελώς από τα ευρωπαϊκά κράτη τη δυνατότητα να χαράσσουν και να ασκούν ίδια ανεξάρτητη υγειονομική πολιτική και κατ' επέκταση ανεξάρτητη κοινωνική πολιτική, με γνώμονα τις εθνικές ιδιομορφίες και την έννοια του «εθνικού συμφέροντος». Είναι η παλιά διαμάχη ανάμεσα στο εθνικό και το υπερεθνικό (που άπτεται του θέματος της εθνικής κυριαρχίας και που εμφανίζεται σε όλη της την οξύτητα στο ευρωκοινοτικό πλαίσιο<sup>31</sup>), μεταφευμένη σε έναν από τους πιο ευαίσθητους τομείς εκδήλωσης και άσκησης της κρατικής εξουσίας, τον κοινωνικό τομέα στην ευρύτερή του έννοια.

– Φόβους ακολούθως ότι η αναπτυσσόμενη Ευρώπη της Υγείας, με την προώθηση της διακυβερνητικής συνεργασίας και σύγκλισης στην υγεία μπορεί να οδηγήσει σε μια υπερενίσχυση του κρατικού λόγου στα θέματα υγείας που θα περιορίζει την ανάληψη ευθύνης και την ενεργό συμμετοχή των μη κυβερνητικών ομάδων και φορέων στην αντιμετώπιση των διοικητικών, ιατρικών και κοινωνικών προβλημάτων του τομέα υγείας. Πρόκειται βέβαια για την επίσης παλιά ανταγωνιστική σχέση μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού, μεταξύ κρατικού παρεμβατισμού και ιδιωτικής πρωτοβουλίας μεταξύ πολιτικής εξουσίας και κοινωνίας των πολιτών εν τέλει, που τα τελευταία χρόνια εμφανίζεται και στη περιοχή της υγείας και μάλιστα με ιδιαίτερη οξύτητα από τη στιγμή που περνάει κρίση στην Ευρώπη το «κράτος-πρόνοιας»<sup>32</sup> και αμφισβητείται έντονα το προβάδισμα στην κοινωνική αλληλεγγύη και από τη στιγμή που η ρύθμιση αυτής της σχέσης αντιμετωπίζεται πια όχι μόνο στο εθνικό αλλά και στο διεθνικό επίπεδο<sup>33</sup>.

– Φόβους τέλος, μήπως η επιδίωξη ανάπτυξης μιας κοινής πολιτικής σε διεθνές περιφερειακό επίπεδο οδηγήσει σε μια ομοιομορφία υγειονομικής παρέμβασης και δράσης, σε έναν άκαμπτο και αυταρχικό κεντρικό σχεδιασμό μάλλον αδιάφορο της εθνικής και της τοπικής παραμέτρου, και γι' αυτό αναποτελεσματικό. Τόσο από άποψη καταστολής όσο, και κυρίως, από προληπτικής άποψης, όπου οι ενέργειες συχνά απευθύνονται και εφαρμόζονται σε μικροκλίμακες<sup>34</sup>. Και ακόμα μήπως αποτελέσει άλλοθι, δούρειο ίππο, για την ενοποίηση της Ευρώπης μέσα από την ισοπέδωση των υφιστάμενων διαφορετικών πολιτισμικών στοιχείων και παραδόσεων ή μέσα από τη διοικητική επιβολή ενός και μό-

νου προτύπου, απογυμνώνοντας έτσι τη σφυρηλατούμενη ευρωπαϊκή πραγματικότητα από τη δυναμική και την πρωτοτυπία της, που έγκειται στη διαρκή αξιοποίηση και σύνθεση του μοναδικού πλουραλιστικού, πολυπολιτισμικού της χαρακτήρα<sup>35</sup>.

Οι φόβοι αυτοί, αν εξαιρέσουμε το γενικότερο ζήτημα της ανησυχίας του έθνους-κράτους και των οργανωμένων πολιτικών του ομάδων μπροστά στο ενδεχόμενο μιας ριζοσπαστικής αναδιατύπωσης του παραδοσιακού τους ρόλου στη σφαίρα της εξουσίας, είναι ως ένα βαθμό κατανοητοί. Οι κίνδυνοι της γραφειοκρατικής διολίσθησης, της ομοιομορφίας ή της ισοπέδωσης στο όνομα της Ευρώπης της Υγείας είναι όντως υπαρκτοί. Καθ' όσον αφορά τα ευρωκοινοτικά όργανα, αυτά δείχνουν να έχουν επίγνωση των κινδύνων αυτών, συνείδηση των φόβων που εγείρονται. Απόδειξη, το ότι επιζητούν να προσκολλήσουν όλο και πιο πολύ τους πολίτες και τα αντιπροσωπευτικά τους όργανα στην κοινοτική διαδικασία και τους μηχανισμούς της, το ότι προτάσσουν όλο και πιο εμφανώς την αρχή της «επικουρικότητας» στην παρέμβασή τους στον τομέα της υγείας ή ακόμα, το ότι κυρίως σε ότι αφορά την κανονιστική τους δράση χρησιμοποιούν κατά περίπτωση τα πιο ευέλικτα νομικά τους εργαλεία, αποφάσεις, συστάσεις ή οδηγίες-πλαίσιο, στοχεύοντας μέχρι σήμερα περισσότερο στην ομοιογένεια, βάση της ευρύτερης δυνατής συναίνεσης, παρά στην ομοιομορφία.

Όσο όμως είναι ευνόητοι οι φόβοι αυτοί, άλλο τόσο εμφανίζονται πέραν του δέοντως διογκωμένοι από το γεγονός και μόνο ότι δεν έχει ακόμα διαμορφωθεί μια αρμονική σχέση ανάμεσα στο υπερεθνικό και το εθνικό, στη δημόσια και ιδιωτική του έκφανση. Διότι όπως δείξαμε η Ευρώπη της Υγείας υπάρχει και συνεχώς αναπτύσσεται και στους τρεις αυτούς χώρους και μάλιστα αγγίζει μια κρίσιμη καμπή στην ανάπτυξή της καθώς το μέχρι σήμερα κεκτημένο είναι φυσικό να ενεργοποιεί εσωγενείς και εξωγενείς δυναμικές ολοκλήρωσης. Εδώ ακριβώς δίπλα στους φόβους και συνυφασμένους με αυτούς, εγείρονται μερικά αναπόφευκτα, όσο και κρίσιμα, διλήμματα.

### 4.3. Τα διλήμματα

Το αρκετά προχωρημένο στάδιο και κυρίως οι φόβοι που εκδηλώνονται με αφορμή αυτό, εγείρουν ορισμένα διλήμματα γύρω από το τι πρέπει να γίνει από εδώ και πέρα (ιδιαίτερα στον ευρωκοινοτικό χώρο) προκειμένου να καθησυχασθούν οι ανησυχίες

και να δικαιωθούν οι ελπίδες που συνοδεύουν την ανάπτυξη της Ευρώπης της Υγείας.

Διλήμματα κατ' αρχάς που έχουν να κάνουν με την ολοκλήρωση της οικοδόμησης του ενιαίου ευρωπαϊκού χώρου υγείας. Ήτοι: πρέπει άραγε να πειστούν οι κρατικές και διακρατικές οντότητες ώστε να συνεχίσουν να είναι οι ατμομηχανές στην όλη διαδικασία οικοδόμησης ή είναι καλύτερα να συγκρατηθούν αφήνοντας εφεξής περισσότερο ελεύθερο πεδίο στις πρωτοβουλίες της κοινωνίας; Με άλλα λόγια το αύριο της Ευρώπης της Υγείας πρέπει να φέρει περισσότερο τη σφραγίδα της δημόσιας βούλησης ή της βούλησης των πολιτών; Επιπλέον, σε ότι αφορά τη δημόσια βούληση, αυτή πρέπει εφεξής να κατευθυνθεί κυρίως στο λειτουργικό επίπεδο με την αξιοποίηση και ενίσχυση των δυνατοτήτων των υφιστάμενων ευρωπαϊκών υγειονομικών μηχανισμών, ή μήπως πρέπει να στοχεύσει το επίπεδο των θεσμών; Με την πλήρη ανάδειξη, στο πλαίσιο των υπάρχοντων ευρωπαϊκών οργανισμών που αναπτύσσουν δραστηριότητα υγείας, ιδιαίτερων υγειονομικών θεσμικών οργάνων προικισμένων με ευρύτερες αρμοδιότητες και εξουσίες, κάτι που όμως προϋποθέτει την αντιμετώπιση του ευαίσθητου ζητήματος της εθνικής κυριαρχίας.

Διλήμματα επίσης εγείρονται που έχουν σχέση περισσότερο με την ανάπτυξη μιας κοινής πολιτικής στη δημόσια υγεία. Έτσι, η βάση της ανάπτυξης πρέπει να είναι η κοινή άμυνα έναντι των κοινών υγειονομικών απειλών και συνεπώς η κοινή δράση στο πεδίο της στενά εννοούμενης προστασίας και των κατασταλακτικών μέτρων; Ή μήπως πρέπει να προτιμηθεί η κοινή επιθετική δράση προς την κατεύθυνση της απάλειψης των κινδύνων, μια ευρεία δηλαδή δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας που να συμπεριλαμβάνει και κοινές ενέργειες για την προαγωγή της υγείας και την επίλυση των προβλημάτων που συνδέονται με αυτήν (π.χ. αύξηση των δαπανών στην υγεία); Λαμβάνοντας υπόψη ότι δεν πρόκειται περί της εκπόνησης ιατρικής στρατηγικής, το δίλημμα δεν τίθεται τόσο σε καθαρά ιατρικό επίπεδο, όσο σε πολιτικό υπό την έννοια της επιλογής της πιο ευνοϊκής πλατφόρμας για την προώθηση της ευρωπαϊκής πολιτικής της υγείας. Επίσης για τη διαμόρφωση τελικά ενός κοινού προγράμματος, από πλευράς ευρωπαϊκής οργάνωσης που έχει σημειώσει και τη μεγαλύτερη πρόοδο προς αυτήν την κατεύθυνση αρκεί μόνο η –οποσδήποτε αναγκαία– αύξηση της θεσμικής της δράσης, ή πρέπει να δει το φως και ένα γραπτό κείμενο, που θα διατυπώνει τις γενικές κατευθυντήριες γραμμές, όπως γίνεται ήδη τομεακά π.χ. με το πρόγραμμα δράσης «η Ευρώπη κατά του Καρκίνου»; Και ακόμα, η

ευρωκοινοτική οργάνωση πρέπει άραγε να προχωρήσει, στα πλαίσια μιας αναθεώρησης των Συνθηκών, στη διατύπωση ειδικών διατάξεων σχετικά με την κοινοτική πολιτική στον τομέα της υγείας, ή μήπως η ύπαρξη ενός δεδομένου ρητού θεσμικού πλαισίου θα περιορίσει την ευελιξία και τη δυναμικότητα που έχει σήμερα αυτή η πολιτική αναπτυσσόμενη ακόμα σε μεγάλο βαθμό στην περιοχή των άδηλων κοινοτικών εξουσιών; Εν πάσει περιπτώσει είναι φανερό ότι οι προβληματισμοί που ανακύπτουν ξεκινούν στην πλειοψηφία τους από θετική βάση και δεν επισκιάζουν τις ελπίδες που σήμερα έχουν δημιουργηθεί, επιτρέποντας έτσι μια συγκρατημένη αισιοδοξία ότι μπορεί στο προσεχές μέλλον να κερδηθεί αυτό που αποτελεί το βαθύτερο στοίχημα της Ευρώπης της Υγείας: Να δει το φως δηλαδή ένας πραγματικά ολοκληρωμένος ευρωπαϊκός χώρος ασφάλειας, σταθερότητας, ευημερίας και ευζωίας σε όλη την έκταση της Ευρώπης και ο οποίος θα χρησιμεύσει και ως πρότυπο για ολόκληρη την ανθρωπότητα που ακόμα μαστιζείται σε μεγάλο βαθμό από τους πολέμους, τη φτώχεια και τις επιδημίες.

## 5. Σημειώσεις

Βλέπε για παράδειγμα από την πρόσφατη βιβλιογραφία, Agnes Leclerc, «Vers l' Europe de la Santé: de l' Europe des Marchands a l' Europe des citoyens», στο *Revue Francaise des Affaires Sociales*, 1988, no Hors-série: Europe. La dimension sociale, σ. 119-132, Maryse Cassan, *l' Europe Communautaire de la Santé*, Paris, Economica, Coll. Cooperation et Developpement, 1989. Βλέπε επίσης τα πρακτικά του συμποσίου, *Où en est l' Europe de la Santé?*, Paris 1988, Institut des Sciences de la Santé, Série Europe Blanche X, 1988. Με την ευκαιρία αυτή θα πρέπει να επισημάνουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας γύρω από την Ευρώπη της Υγείας, είτε συνολικά είτε σε επιμέρους τομείς, είναι γαλλόφωνη, και ιδιαίτερα γαλλική. Αυτό εξηγείται και από το γεγονός ότι η Γαλλία υπήρξε από παλιά και συνεχίζει και σήμερα να είναι ένας από τους πρωταγωνιστές, σε δημόσιας και ιδιωτικής βάσης, στην οικοδόμηση της Ευρώπης της Υγείας.

2. Θάνος Κ. Διαμαντόπουλος, *Ευρωπαϊκή Οικοδόμηση και Υγεία. Η παρέμβαση των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων στην Υγεία, κυοφορία μιας κοινής πολιτικής;*, Ηράκλειο, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 1990.

3. Μέχρις στιγμής, από όσο μπορούμε να γνωρίζουμε, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της Ευρώπης της Υγείας. Μια εξήγηση είναι ότι μέχρι σήμερα η διεθνής έρευνα ενδιαφέρθηκε για την Ευρώπη της Υγείας περισσότερο έμμεσα ή σε αποσπασματική βάση. Από την άλλη πλευρά η απουσία ενός ορισμού μαρτυρεί ανάγλυφα και τις δυσκολίες πραγμάτωσης

αναγνώρισης) της Ευρώπης της Υγείας.

4. Για το ιστορικό του εγχειρήματος της «Ευρωπαϊκής Κοινότητας της Υγείας» και για την ιδέα της Ευρώπης της Υγείας όπως εκφράστηκε τότε βλέπε, «Notes et Documents concernant la Communauté Européenne de la Santé», στο Notes et Etudes Documentaires, 1953, 1.718. Επίσης P. Theil, «Essais sur le pool blanc de la santé», στο Annales de médecine sociale, Nov. 1952, σ. 498-515. Για τα αίτια της αποτυχίας του εγχειρήματος και μια κριτική αποτίμηση της όλης προσπάθειας βλέπε, M. Cassan, όπ.π., σημ. 1, σ. 21-26.

5. Βλέπε ενδεικτικά μέσα από τα πιο πρόσφατα δείγματα αυτής της βιβλιογραφίας (προσθετικά σε A. Leclerc, και επ. M. Cassan, όπ.π., σημ. 1), Françoise Massart-Pierard, Vers une politique commune de la santé?, στο Fr. Massart-Pierard (dir), *Europe de la Santé: Hasard et/ou Nécessité?*, Louvain –La– Neuve, Academia, Coll. Eurospectives, 1988, σ. 27-65. Επίσης Marc Duriez, Europe: la santé intégrable?, στο *Solidarité-Santé* (Etudes Statistiques), 1989, 1 (Dossier: L' Europe de la Santé), σ. 9-19.

6. Βλέπε για παράδειγμα, Michel Merle, *La politique étrange-re*, Paris, P.U.F., Coll. Perspectives Internationales, 1984.

7. Βλέπε ενδεικτικά, Michel Beaud, «L' Etat National en question», στο *L' Evénement Européen*, 1988, 3-4, σ. 139-147, J.P. Jacque, «La Communautarisation des politiques nationales», στο Pouvoirs, 1989, 48, σ. 29-38.

8. WHO-UNICEF, «Declaration of Alma-Ata on Primary Health Care», στο Health for all, W.H.O., Geneva, Series no 1, 1978.

9. Το οποίο συνενώνει σε μια λειτουργική ενότητα το δημόσιο και το ιδιωτικό δίκαιο της υγείας στις εθνικές και διεθνείς τους εκφάνσεις. Βλέπε ενδεικτικά, J.M. Audy, *Le droit de la santé*, Paris, Themis, 1981, J.M. Forges, *Le droit de la santé*, Paris, P.U.F., Coll. Que sais-je?, 1986.

10. Υπό την έννοια ότι αναπτύσσεται κυρίως στις προηγμένες δυτικές χώρες παίρνοντας σαν αφετηρία την κατάσταση που επικρατεί σ' αυτές τις βιομηχανικές κοινωνίες. Βλέπε σχετικά, Michel Belanger, *Droit international de la santé*, Paris, Economica, 1983, και Michel Belanger, *Les Communautés Européennes et la santé (Droit communautaire de la santé)*, Presses Universitaires de Bordeaux, 1985, όπου εμφανίζεται επιπλέον και η διάκριση μεταξύ γενικού διεθνούς δικαίου της υγείας (κανόνες των, με υγειονομικό αντικείμενο ή υγειονομικές αρμοδιότητες, παγκόσμιων οργανώσεων) ως «τρίτοκοσμικού», και διεθνούς περιφερειακού δικαίου της υγείας (ευρωκοινοτικό και ευρωπαϊκό, του Συμβουλίου της Ευρώπης) ως «δυτικού».

11. Το δικαίωμα στην υγεία, σαν ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου, εμφανίζεται στο Προοίμιο του Καταστατικού Χάρτη της Π.Ο.Υ. και στο άρθρο 25-1 της Παγκόσμιας Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου της 10ης Δεκεμβρίου 1948, του ΟΗΕ. Μπορεί να ερμηνευθεί ως «δικαίωμα στη φροντίδα υγείας» σύμφωνα με το Προοίμιο της Π.Ο.Υ. ή ως «δικαίωμα στην προστασία της υγείας» όπως π.χ. αναφέρει η Ευρωπαϊκή Κοινωνική Χάρτα της 18ης Οκτωβρίου 1961 στο άρθρο 11. Για μια αρκετά πλήρη εικόνα του διαλόγου που αναπτύσσεται γύρω από το δικαίωμα στην υγεία βλέπε ενδεικτικά, Académie de droit international de la Haye, «Droit à la santé en tant que droit de l' homme», colloque La Haye 1978, στο Recueil des cours de l' Académie...», 1979. (Ιδιαίτερα βλέπε, W. Nonnemacher, *Cooperation internationale et*

*initiative privée*, σ. 270-277 και C.M. Vignes, *Le droit à la santé et la C.E.E.*, σ. 312-318).

12. Όπως π.χ. το δικαίωμα στη ζωή ή το δικαίωμα στο σεβασμό της ιδιωτικής ζωής που εγγυάται η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης της 4ης Νοεμβρίου 1950. Οι συζητήσεις που προαναφέραμε περιλαμβάνουν ακριβώς και το ζήτημα της προσχώρησης της ΕΟΚ στη σύμβαση αυτή.

13. Βλέπε ενδεικτικά, Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, *Rapport du Comité d' étude pour un programme européen de la santé*, Paris, La Documentation Sociale, 1974. Επίσης C. Ham, M. Mill, *The policy process in the modern capitalist state*, Brighton, Sussex, Wheatsheaf Books, 1985. Για την ευρωπαϊκή εκδοχή, σε αντιδιαστολή με την αμερικανική, του κράτους πρόνοιας και τα ζητήματα που εγείρονται στα πλαίσια της ευρωπαϊκής ενοποίησης βλέπε, Thierry de Montbrial (dir), «L' Europe une volonté en pointilles», 3. Les enjeux sociaux», στο Rasmès, Paris, Atlas-Economica και Ifri, 1986/87, σ. 339-353.

14. Michel Belanger, «Quel Bilan pour le droit communautaire de la santé?», στο *Europe de la Santé: Hasard et/ou Nécessité?*, όπ.π., σμ. 5, σ. 67-77.

15. Βλέπε σχετικά Michel Belanger, «La droit communautaire de la santé: un droit en formation lente», στο *Cahiers du Droit*, 1985, Tome II, σ. 184-208. Επίσης, M. Belanger, *Les Communautés Européennes et la santé*, όπ.π., σμ. 10, Fr. Massart-Pierard, *Vers une politique commune de la santé?*, όπ.π., σμ. 5 και M. Cassan *L' Europe Communautaire de la Santé*, όπ.π., σμ. 1.

16. Για την αρχή αυτή βλέπε χαρακτηριστικά, από τον εν εξελίξει νέο διάλογο ενόψει της αναθεώρησης των ιδρυτικών κοινοτικών συνθηκών, Raymond Rifflet, «Reflexions sur l' espace social européen», στο *Revue Française des Affaires Sociales*, όπ.π., σμ. 1, σ. 7-18, V. Giscard D. Estaing, *Le principe de subsidiarité, rapport au nom de la commission institutionnelle*, 27 Avril 1990, Doc P.E. 139-203. Από τα παλαιότερα κείμενα βλέπε κυρίως, Altiero Spinell, *Vers l' Union Européenne*, 6ème Conférence J. Monnet. 13 Juin 1983, Luxembourg, Office des Publications officielles des C.E., 1984.

17. Βλέπε σχετικά γι' αυτό το θέμα τα στοιχεία και τις εκτιμήσεις που εμφανίζονται στις ετήσιες «Εκθέσεις περί ελέγχου της εφαρμογής του κοινοτικού δικαίου» που υποβάλλει από το 1984 η Επιτροπή στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (δημοσ. στην Επισ. Εφ. Ε.Κ., σειρά C), και που συνιστούν το πολιτικό σκέλος του ελέγχου της εφαρμογής. Επίσης βλέπε τα ετήσια *Aperçus de travaux de la Cour de Justice de C.E.* (τελ. διαθέσιμο 1986/87) για το νομολογιακό σκέλος του ελέγχου της εφαρμογής. Πρόκειται φυσικά για μια συγκριτικά με το παρελθόν θετική στάση που διαπιστώνεται, εάν αναλογιστεί κανείς ότι η υγεία αποτελεί έναν από τους κατ' εξοχήν τομείς όπου τα Κράτη-μέλη παραδοσιακά εμφανίζονται τουλάχιστον απρόθυμα στην έγκαιρη, ορθή, πλήρη και ανεμπόδιστη εφαρμογή του κοινοτικού δικαίου.

18. Βλέπε σχετικά, Conseil de l' Europe, «La petite Europe de la protection sanitaire et sociale a 20 ans», στο *Annuaire Européen*, 1968, σ. 475-480, P. Laroque, «Le plan quinquennal du Conseil de l' Europe 1976-1980. Santé Publique», στο *Le Progres Social*, 1976, 152, σ. 25-30, Council of Europe, *Protection*



of Public Health, Activity Report 1987-1988. *Partial Agreement in the Social and Public Health*, Strasbourg, 1978, C. Wolfs, J. Masson, «Contribution du Conseil de l' Europe à une politique sanitaire et hospitalière européenne: une approche critique», στο *Techniques Hospitalières*, 1987.

19. WHO, *Targets for Health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all*, Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 1985.

20. Η αποκεντροποίηση και η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Γραφείου της στην Κοπεγχάγη δύσκολα πράγματι μπορεί να θεωρηθεί σαν δείγμα μιας τέτοιας κατεύθυνσης. Βλέπε ενδεικτικά, C.H. Vignes, «Le regionalisation de l' O.M.S.», στο *Regionalisme et universalisme dans le droit international contemporain*, colloque SFDI, Bordeaux 1976, Pedone, 1976, σ. 189-200. Για τις τελευταίες σχετικές αντιλήψεις της Π.Ο.Υ., βλέπε ενδεικτικά, J.E. Asvall, «Για τη θελίωση της υγείας στην Ευρώπη: η Π.Ο.Υ. και η ευρωπαϊκή ενοποίηση», στο *Τα συστήματα υγείας και η πρόκληση της Ευρώπης μετά το 1992*, διεθνές συμπόσιο Ευρώπη-Υγεία '92, Αθήνα, 1990, Τα Νέα, Δ.Ο.Λ., 1991, σ. 21-31.

21. Βλέπε ενδεικτικά, Van der Werff (ed.), *Public Administration and Health Services in Western Europe*, Vol II, European Inst. of Publ. Adm., Maastricht, 1984, Pierre Mouton, «Les systems de santé en Europe de l' Ouest», στο *Problèmes Economiques*, 1986, 1966, σ. 24-30. J. Fox (ed.), *Health inequalities in European Countries*, Aldeshor, Gower, 1989. J. Le Grand, Συγκλίσεις στην υγεία και στα συστήματα υγείας μετά το 1992. Η σύγκλιση στην υγεία και στις πολιτικές υγείας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, στο συμπόσιο Ευρώπη-Υγεία '92, όπ.π., σημ. 20, σ. 185-196.

22. Fr. Massart, όπ.π., σημ. 5, σ. 62.

23. Με σπουδαιότερες τη Μόνιμη Επιτροπή Ιατρών της ΕΟΚ, που έχοντας ως ιδρυτικό σκοπό την εκπροσώπηση του ιατρικού σώματος στα κέντρα αποφάσεων της ΕΟΚ έχει αναδειχθεί σήμερα σε προνομιακό συνομιλητή της ΕΟΚ και μοναδικό και διακλαδικό εκπρόσωπο του ιατρικού σώματος, και τη Διεθνή Διάσκεψη των Ιατρικών Συλλόγων και Παρεμφερών Οργανισμών. Για το έργο τους βλέπε ενδεικτικά, J. Moulin, *L' Europe et la Déontologie*, στο *Le Caduceé*, 1987, 340, σ. 52-53.

24. Βλέπε σχετικά, «Les associations d' aide au Tiers Monde (ONG) a la croisée des chemins», στο *Problèmes politiques et sociaux*, 1989, 615 (dossier).

25. Βλέπε σχετικά στο *Où en est l' Europe de la Santé?*, όπ.π., σημ. 1, σ. 109-123.

26. Βλέπε σχετικά, André-Gwenaël Pors, «L' Europe des Hopitaux. Force et Necessités», στο *L' Evénement Européen*, 1989, 8, σ. 139-167.

27. Αξίζει να επισημανθεί με την ευκαιρία ότι, από όσο μπορούμε να γνωρίζουμε, δεν υπάρχει μέχρις στιγμής καμιά συνολική μελέτη που να ασχολείται ειδικά με το φαινόμενο των ευρωπαϊκών μη κυβερνητικών οργανώσεων. Μια πρώτη προσέγγιση μόλις επιχειρείται με το *Les Associations et l' Europe*, CNVA, Paris, La Documentation Française, 1990. Το ίδιο παρατηρείται μέχρι στιγμής και στην περίπτωση των ευρωπαϊκών μη κυβερνητικών οργανώσεων που αναπτύσσουν δραστηριότητα στο χώρο της υγείας.

28. Είναι χαρακτηριστικό άλλωστε ότι μια σειρά από πολιτικές πρωτο-

βουλίες για την ολοκλήρωση της Κοινοτικής Ευρώπης, από τα κατά καιρούς σχέδια για την προώθηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης έως την ιδέα της «κοινωνικής διάστασης της Κοινής Αγοράς» (που πρωτοπαρουσίασε ο Fr. Mitterand το 1981) ή ακόμα την πρωτοβουλία της «Ευρώπης των Πολιτών», προέρχονται στο μεγαλύτερο μέρος τους από πολιτικούς του αριστερού φάσματος. Για μια αρκετά πλήρη εικόνα των πολιτικών πρωτοβουλιών για την ευρωκοινοτική ολοκλήρωση βλέπε ενδεικτικά, Roy Price, *The Dynamics of European Union*, London, Croom Helm, 1987. Για την αριστερά και την προοπτική της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης βλέπε επίσης σχετικά, Enriquer Baron Crespo «L' Horizon '92 et la gauche», και David Martin, *Les échéances de la gauche européenne*, στο *L' Evénement Européen*, όπ.π., σημ. 7, σ. 25-40, και σ. 103-123 αντίστοιχα.

29. Μέσα από συχνές εκθέσεις πρωτοβουλίας και σχέδια ψηφίσματος κυρίως της Επιτροπής περιβάλλοντος, δημόσιας υγείας και καταναλωτών, μέσα από ψηφίσματα της ολομέλειάς του και μέσα από αναρίθμητες γραπτές και προφορικές ερωτήσεις των βουλευτών του όχι μόνο έχει ενδιαφερθεί για τα θέματα υγείας αλλά και έχει επανειλημμένα ζητήσει την οικοδόμηση μιας Ευρώπης της Υγείας και μάλιστα υπό την έννοια της εκπόνησης μιας συνολικής κοινοτικής στρατηγικής στον τομέα της υγείας. Για όλα αυτά καλό είναι να ανατρέξει κανείς, για μια συνοπτική ενημέρωση στα ετήσια «Θεματολογικά Δελτία για το Ε.Κ. και τις δραστηριότητες των Ε.Κ.», Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ε.Κ., σειρά L για τα ψηφίσματα, σειρά C για όλες τις υπόλοιπες δραστηριότητές του.

30. Βλέπε ενδεικτικά, Alan Silman & Shane Allwright, *Elimination or Reduction of diseases? Opportunities of Health Action in Europe*, Oxford University Press, 1988. Βλέπε επίσης τους προβληματισμούς που ανεπιτύχησαν στο συμπόσιο Ευρώπη-Υγεία '92, όπ.π., σημ. 20.

31. Η ομιλία της Μάργκαρετ Θάτσερ στο κολλέγιο της Brugges στις 20 Σεπτεμβρίου 1988, αλλά και οι πρόσφατες σοβαρές δυσκολίες που παρουσιάζονται στο θέμα της Πολιτικής και Οικονομικής-Νομισματικής Ένωσης της Κοινότητας δείχνουν ανάγλυφα την οξυτήτα της διαμάχης. Γενικότερα για τη διαμάχη εθνικού-υπερεθνικού βλέπε ενδεικτικά, Centre Universitaire de Recherches Européennes et Internationales, *colloque sur le Dialogue International*, Grenoble, CUREI, 1990.

32. Βλέπε ενδεικτικά για το θέμα, Yves Cannac et Pierre Rosanvallon, «Que faire de l' Etat?», στο *Debat*, 1983, no 26. Επίσης Pierre Rosanvallon, «Crise et avenir de l' état-providence», *Le Figaro*, 20-21 Fevrier 1982.

33. Βλέπε σχετικά, Sylvain Wickham, «Moins d' Etat en Europe?», στο *Commentaire*, 1989, 48, σ. 779-786.

34. Βλέπε ενδεικτικά Μιχάλης Φιορέτος, «Νοσοκομειακή Περιθαλψη και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», εισήγηση στο 1ο Αναπτυξιακό Συνέδριο Περιφέρειας Κρήτης, Ηράκλειο, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Προγράμματα Π.Π.Δ., Πανεπιστήμιο Κρήτης, 1988.

35. Βλέπε σχετικά για το χαρακτήρα του ευρωπαϊκού εγχειρήματος, Edgar Pisani, «L' Europe ni marche ni état», στο *L' Evénement Européen*, όπ.π., σημ. 7, σ. 7-9.

36. Το δίλημμα εγείρεται καθώς υπάρχουν σήμερα απόψεις που υπο-

στηρίζουν ότι με τις ειδικές διατάξεις της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Πράξης για τις λεγόμενες «νέες πολιτικές» (π.χ. περιβάλλοντος, έρευνας και τεχνολογίας κ.λπ.) παρατηρείται μία περιχαράκωση, μία επιβράδυνση της ανάπτυξης τους που ίσως θα έλλειπε εάν αυτές συνέχιζαν να αναπτύσσονται με βάση κυρίως τη γενική διάταξη του άρθρου 235 της Συνθ. ΕΟΚ. Βλέπε σχετικά, J.P. Jacque, όπ.π., σημ. 7.

